

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

62

ANNÉE 1917

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre AULAGNIER

Né au Puy (Haute-Loire), le 26 février 1892

LES

ACQUISITIONS RÉCENTES

DE LA

Symptomatologie des Sciatiques médicales

Président : M. CHANTEMESSE, professeur

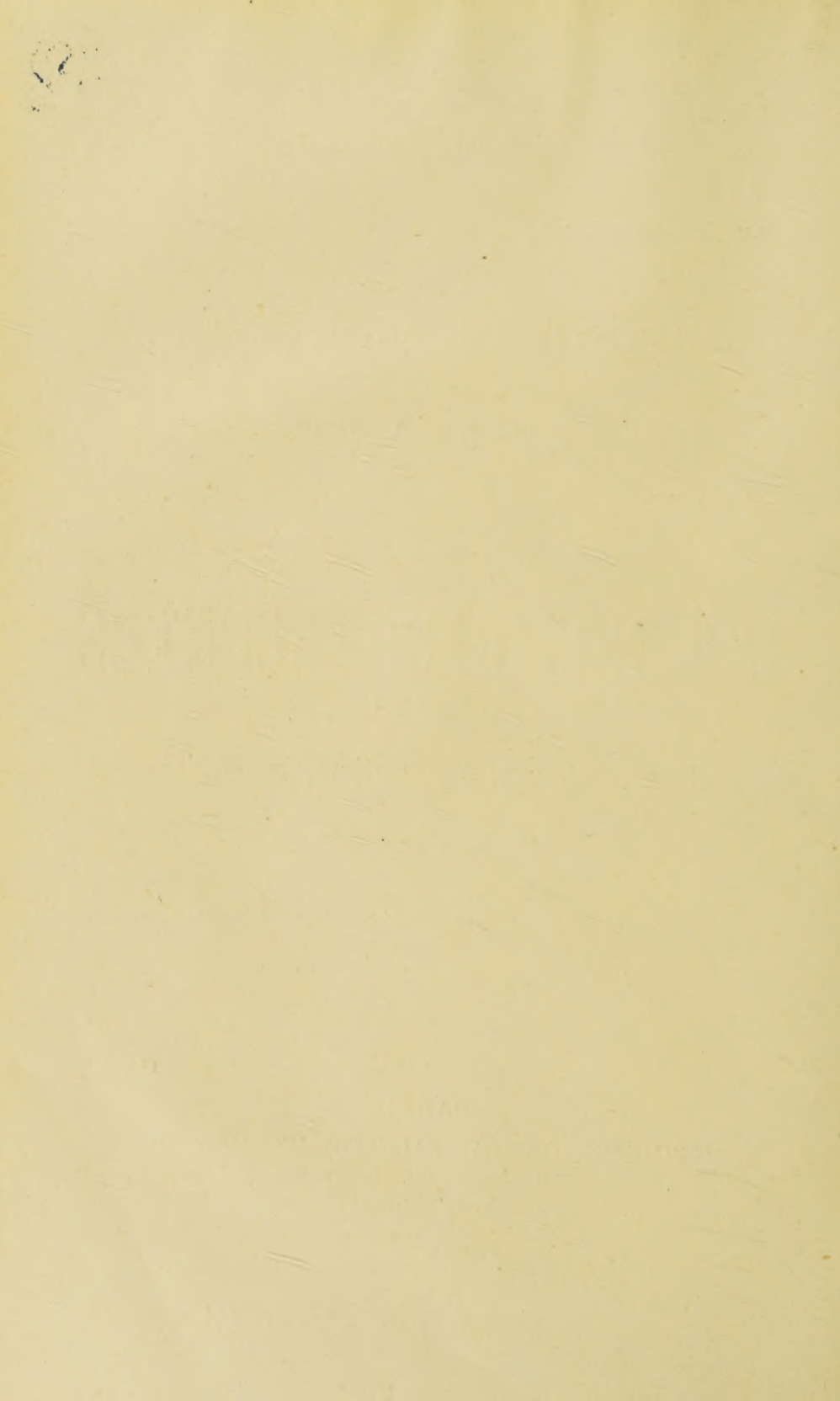
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1917



THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre AULAGNIER

Né au Puy (Haute-Loire), le 26 février 1892

LES

ACQUISITIONS RÉCENTES

DE LA

Symptomatologie des Sciatiques médicales



Président : M. CHANTEMESSE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	N.
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	N.
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	Dr LAPERSONNP
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHANTEMESSE

Membre de l'Académie de médecine

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Commandeur de la Légion d'honneur

A ES MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY

Médecin de l'hôpital Laënnec

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHANTEMESSE

Médecin de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CLAUDE

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNIN

Accoucheur des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR COMTE

Médecin de l'hôpital Andral

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICARD

Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine

MONSIEUR LE DOCTEUR G. LABEY

Chirurgien des Hôpitaux

MM. les DOCTEURS SÉZARY, MILHIT, chefs de clinique ; BINET, préparateur à la Faculté ; VEDEL, de Montpellier ; POUZET, de Cannes.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder le sujet de notre thèse, il est pour nous un devoir impérieux à remplir ; celui de rendre hommage à M. le professeur Chantemesse, qui restera notre maître de prédilection.

Pendant plus de deux années il nous a été donné d'être attaché à son service de l'Hôtel-Dieu de Paris ; nous l'avons toujours trouvé prêt à nous aider de ses conseils et de son expérience. De ce long séjour à l'Hôtel-Dieu, nous conserverons un bagage médical et scientifique important. A l'école du maître, dont la renommée est mondiale et qui fait autorité particulièrement dans la prophylaxie typhoïdique, nous avons vu se développer les conceptions nouvelles et nous avons pu apprécier les nouvelles méthodes-diagnostiques et thérapeutiques (sérodiagnostic macroscopique ; fièvres typhoïde et paratyphoïdes intriquées ; vaccinothérapie). Ces procédés ont donné les plus heureux résultats dans le service, et spécialement dans les salles réservées aux militaires. Nous n'avons plus à insister sur l'essor de la vaccination préventive par le vaccin chauffé dont notre maître a été le précurseur et le champion.

Enfin dans les salles de délirants, annexes du service, nous avons pu par de nombreuses observations parfaire notre instruction neurologique et psychiatrique, magistralement amorcée par M. le docteur Claude.

LES
ACQUISITIONS RÉCENTES

DE LA
Symptomatologie des Sciatiques médicales

INTRODUCTION

Les données nouvelles ont modifié la conception classique de la sciatique. M. Landouzy avait bien établi une distinction entre la névralgie et la névrite sciatique. Puis l'école de Déjerine a distingué les sciatiques radiculaires ; enfin on a différencié parmi les sciatiques tronculaires, celles extrafasciculaires, et celles fasciculaires (Verger) M. Sicard a montré le rôle de l'irritation au niveau des trous de conjugaison, causant les sciatiques funiculaires. Enfin il est des sciatiques centrales.

Les syndromes sciatiques sont donc nombreux. La névralgie sciatique classique (dont l'étiologie reconnaît le froid, le rhumatisme, les intoxications) est tronculaire. A côté de celle-ci, les sciatiques

radiculaires ne seraient que des parasciatiques (Sicard).

L'étude clinique de ces sciatiques comporte un grand nombre de signes communs, principalement subjectifs ; l'intérêt des signes objectifs, de l'étude des réflexes en particulier, est de pouvoir différencier les lésions en hauteur. D'autre part ces signes objectifs, étudiés récemment, ont une grande valeur au point de vue de la simulation ; et si l'un d'eux ne permet d'affirmer que la sciatique est réelle, l'ensemble de ces petits signes constitue un sérieux moyen d'investigation.

Après une revue sommaire des signes classiques, nous présenterons les acquisitions nouvelles, et, dans une étude critique, nous indiquerons ce que nos observations nous permettent d'en penser et de conclure. Nous dirons quel plan nous avons adopté pour l'examen rapide d'un sciatalgique suspect de simulation, examen si fréquent dans les centres neurologiques militaires. Enfin nous apporterons, au cours de cette étude, la faible contribution des cas de sciatique pour lesquels nous avons pu faire la réaction de Wassermann et l'examen du liquide céphalo-rachidien.

CHAPITRE PREMIER

Symptomatologie classique.

La douleur occupe tout le tableau classique de la névralgie sciatique : c'est l'élément dominant, et peut-être le seul (Pitres et Vaillard).

On distingue une douleur continue, et des paroxysmes douloureux, que la douleur soit spontanée ou qu'elle soit provoquée par le mouvement, les contractions musculaires, les heurts, ou l'examen clinique. La douleur continue spontanée est vague, profonde, consistant en une sensation pénible, d'intensité moyenne au repos et siégeant exactement sur le trajet du tronc et des rameaux du nerf sciatique. Plus rarement elle est superficielle, occupant la peau, ou encore se localisant au niveau des masses musculaires.

Au début de l'affection, la douleur présente ce type spontané, continu, généralement d'apparition insidieuse, parfois brusque. Les paroxysmes douloureux ne s'observent guère à cette période d'après Valleix, et apparaissent plus tardivement, alors que

la douleur continue a souvent disparu. Ils constituent des accès survenant sans cause, ou à l'occasion d'un mouvement. Le sciatalgique fléchit alors le membre malade pour diminuer la tension douloureuse du nerf.

Au cours de l'examen clinique, il est classique de provoquer systématiquement cette douleur par différentes manœuvres. La recherche des points douloureux de Valleix s'effectue par la pression sur certaines parties du trajet du sciatique : lombaire et sacro-iliaque, iliaque, fessier (sommet de l'échancre), trochantérien, fémoraux, poplité, péroné, malléolaire externe, dorsal et plantaire du pied. On obtient le signe de Lasèque, le sujet étant couché, en soulevant le membre malade en extension : la douleur est constante. La manœuvre de Bonnet tend à la provoquer, après flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin, par le mouvement d'adduction.

En dehors des phénomènes douloureux, la sémilogie des sciaticques comprenait quelques autres troubles. Les altérations de la sensibilité cutanée comportent de l'hyperesthésie au début, puis de l'anesthésie en plaques ou en large nappe à topographie périphérique. Les muscles sont le siège de crampes et de contractions fébrillaires. Le sciatalgique marche sur les talons contrairement au coxalgique. Les modifications des réflexes, l'abolition fréquente du réflexe achilléen, n'ont été étudiées que d'une façon assez récente (Babinski). La pâleur

de la peau du membre malade (*glossy-skin*), les vésicules ou plaques de zona, la différence de température des deux membres avaient été signalées. L'atrophie musculaire est surtout intéressante par son rôle dans les déformations de la colonne vertébrale. L'examen électrique des muscles détermine chez le sciatalgique une douleur par les courants faradiques, souvent avec hypo-excitabilité, et montre la réaction de dégénérescence dans les cas d'amyotrophie.

La déformation du tronc dans la sciatique, bien décrite par Charcot, se présente sous forme de scoliose croisée, homologue ou alternante. Dans le premier cas, le plus fréquent, le malade examiné debout incline la partie supérieure du corps du côté sain ; la crête iliaque du côté malade est plus élevée ; la colonne vertébrale présente une courbure lombaire dont la convexité est du côté malade, et une courbure dorsale de compensation en sens opposé. Ces attitudes s'expliquent par le fait que le malade rejette le poids du corps sur le côté sain, et tend à relâcher le côté malade ; de plus le bras du côté malade est rapproché du tronc (porteur d'eau). Dans la scoliose homologue, le tronc s'incline du côté malade, et l'espace costoiliaque est diminué d'étendue du même côté ; ce cas se présente à la suite de contractures, de phénomènes spasmodiques, et de généralisation au plexus lombaire. Dans la scoliose alternante, il s'agit d'une sciatique double, ou d'une scoliose croisée modifiée par des phénomènes douloureux ou

spasmodiques. Fischer et Schœnwald attribuent la scoliose croisée à la névralgie (irritation) des racines postérieures, la scoliose homologue à celle des racines antérieures.

Sciatique radiculaire. — La sciatique radiculaire, étudiée par Déjerine et ses élèves, est une radiculite lombo-sacrée. Nous savons en effet que le nerf sciatique est constitué par les V^e lombaire, I^e et II^e sacrées, une partie de la III^e sacrée et une branche anastomotique de la IV^e lombaire. Cette sciatique se présente avec les signes classiques de la sciatique tronculaire. Les douleurs sont toutefois exagérées par la toux, la défécation, l'éternuement (signe de l'éternuement). Les troubles de la sensibilité objective ont ici une topographie radiculaire. Si la lésion est à cheval sur les plexus lombaire et sacré, il s'agit d'une radiculite du membre inférieur ; au contraire, si la lésion n'intéresse pas toutes les racines, la radiculite est partielle, il s'agit d'une sciatique radiculaire dissociée.

L'étude des signes objectifs a donc une valeur particulière pour le diagnostic de cette forme radiculaire, tandis que les phénomènes subjectifs sont communs à tous les syndromes sciatiques.

CHAPITRE II

Les Signes nouveaux

L'étude des réflexes et des signes objectifs chez les sciatalgiques a pris un essor important depuis 1914. Les auteurs français et italiens ont proposé des symptômes nouveaux, tirés de cette étude systématique ; et les observations des centres neurologiques ont déjà permis de mettre en lumière la valeur de certains d'entre eux.

Les modifications, l'abolition fréquente du réflexe achilléen avaient été signalées par M. Babinski, ainsi que nous l'avons déjà indiqué. Des observations multiples ont confirmé ce fait ; de l'avis des divers auteurs, ce réflexe serait aboli ou diminué du côté malade dans la moitié des cas. Accornero rapporte 126 observations de sciatique, donnant cette même proportion.

Le réflexe patellaire du même côté présenterait aussi des modifications ; généralement normal, il serait parfois affaibli (Pitres et Vaillard), plus souvent exagéré (Villaret et Faure-Beaulieu). Son abo-

lition indiquerait une lésion radiculaire lombosacrée : son exagération traduirait l'irritation de voisinage du plexus lombaire, dont nous aurons à reparler dans notre étude critique, et à propos des signes suivants. Le réflexe crémastérien subirait en effet des modifications semblables et souvent parallèles.

Mais un signe de haute valeur nous est fourni par l'interrogation du réflexe abdominal, bien étudié chez les sciatalgiques par M. Pisani. Pour cet auteur, il serait affaibli du côté sain, exagéré du côté malade, cette exagération coïncidant avec celle des réflexes crémastérien et rotulien. Le plus souvent, quand il existe, la sciatique a succédé à un lumbago. Il serait dû à un état irritatif de l'arc réflexe (nerfs sensitifs : 9, 10, 11, 12, intercostaux et abdominogénitaux ; nerfs moteurs : branches musculaires des abdominogénitaux). Le sciatique ne participe pas, il est vrai, à cet arc réflexe ; mais les anastomoses lombosacrées permettent de comprendre l'existence d'une irritation du plexus lombaire dans la névralgie sciatique.

A côté de l'altération du réflexe achilléen, que M. Babinski fut le premier à reconnaître, se rangent d'autres modifications des reflexes du membre inférieur intéressantes par leur dissociation avec ce réflexe. M. Bonola (de Bologne) a observé, que le réflexe achilléen étant aboli, il pouvait y avoir abolition ou conservation du réflexe du tenseur du fascia lata. Ce dernier avait été étudié par Renault dans sa thèse : il s'obtient par l'excitation légère de la

plante du pied. Le tenseur du facia lata est innervé par le nerf fessier supérieur, qui naît de la cinquième lombaire ; ce nerf participe aux affections des racines et n'est pas compromis dans la sciatique tronculaire. Ainsi l'abolition du réflexe achilléen, et l'abolition du réflexe du tenseur sont un signe de sciatique radiculaire ; l'abolition du réflexe achilléen, et la conservation du réflexe du tenseur un signe de sciatique tronculaire. M. Bonola n'a pas constaté d'exagération parallèle de ces réflexes. M. Sicard a également étudié ces modifications du réflexe du tenseur, en comparant le côté malade et le côté sain, et a donné comme signe nouveau leur discordance.

M. Boveri (de Milan) a constaté que l'abolition du réflexe achilléen s'accompagnait souvent d'une flexion de la deuxième phalange du gros orteil, par la percussion du tendon d'Achille. Normalement ce phénomène de flexion ne se produit pas ; il se présente dans des cas de lésions médullaires, radiculaires et sciatiques. Pour M. Boveri il peut exister dans une lésion partielle du nerf sciatique, et n'est pas un signe exclusif de radiculite ; il pense que dans tous les cas ce signe indique une lésion limitée et un bon pronostic (observations du Centre neurologique d'Alexandrie). Ce phénomène du gros orteil a été également étudié par MM. Villaret et Faure-Baulieu, qui le préconisent comme signe de sciatique vraie.

Le réflexe médio-plantaire, décrit par MM. Guillaumin et Barré, s'obtient par la percussion de la partie moyenne de la plante du pied ; il consiste dans

l'extension du pied sur la jambe et la flexion des quatre derniers orteils. On peut le rechercher, le sujet étant à genou dans la position habituelle de recherche du réflexe achilléen. MM. Guillaum et Barré préconisent la position ventrale, la jambe fléchie à angle droit sur la cuisse, et le pied sur la jambe (M. Boveri indique également cette position pour la recherche des réflexes du pied). L'extension du pied sur la jambe est un réflexe tendineux, la flexion des quatre derniers orteils un réflexe idiomusculaire. Ce réflexe médio-plantaire, constant, est aboli dans les cas de tabes, de radiculites lombosacrées, de sciatiques, de polynévrites. Il peut être dissocié, l'extension du pied sur la jambe étant aboli, la flexion des orteils conservée. Enfin il peut être aboli, tandis que le réflexe achilléen est conservé, principalement dans les cas de sciatiques radiculaires.

La dissociation fréquente de ce réflexe avec conservation de la flexion des orteils nous amène à parler des réflexes neuromusculaires du pied. MM. Sicard et Cantaloube ont montré que l'excitation mécanique directe des muscles, avec le marteau, provoque deux sortes de réaction : 1^o) une réaction localisée ou contraction idiomusculaire, 2^o) une réaction à distance ou réflexivité neuromusculaire. C'est à la première réaction que sont dues les contractions fibrillaires spontanées (sclérose latérale amyotrophique ; sciatique des arthritiques) ; ce sont des réactions parcellaires. La seconde réaction est globale ; en percutant le muscle on obtient sa contraction

totale ; cette réflexivité serait indépendante des réflexivités tendineuse, osseuse, cutanée. Au pied, on interroge le sciatique poplité externe par le muscle pédieux (au niveau du carrefour dorsal d'insertion astragalo-calcanéenne), le sciatique poplité interne par les muscles interosseux (au niveau de l'extrémité proximale dorsale de l'espace intermétatarsien des deuxième et troisième orteils). Dans les sciati-ques médicales, ces réflexes restent normaux en général ; quelquefois faibles, ils ne sont jamais abolis.

La contractilité idiomusculaire est très souvent exagérée dans ces cas de sciatique ; on la recherchera sur le sujet dans le décubitus latéral et en résolution musculaire : au niveau des jumeaux à l'aide du marteau, au niveau des fessiers à l'aide des extrémités digitales. On obtient des contractions fibrillaires, parfois un véritable clonus (Sicard, Villaret et Faure-Beaulieu).

Nous devons encore signaler parmi les réflexes modifiés dans la sciatique médicale : le réflexe rétro-malléolaire (Barré), le réflexe tibio-fémoral postérieur et le réflexe péronéo-fémoral postérieur (Guillain, Barré et Fabre). Ces deux derniers méritent une attention spéciale ; ils s'obtiennent par la percussion des tendons des demi-tendineux et demi-membraneux d'une part, du biceps fémoral d'autre part. Les nerfs de ces muscles ayant une origine haute sur le tronc du sciatique, on comprend la valeur des modifications de ces réflexes pour le diagnostic des lésions en hauteur.

En dehors des altérations des réflexes d'autres signes nouveaux ont été préconisés. Ils se rapportent aux attitudes et aux troubles trophiques; les uns peuvent s'accompagner d'une certaine part d'exagération, les autres sont peu nets. Néanmoins plusieurs d'entre eux méritent de retenir notre attention et de prendre place dans le tableau classique à côté des attitudes et des déformations étudiées par Charcot.

L'ascension talonnière du côté malade par rapport au côté sain (discordance talonnière) a été signalée par M. Sicard. Elle est due, comme la flexion du genou et les déformations rachidiennes, à une attitude prise involontairement pour lutter contre la douleur (attitudes antalgiques).

M. le professeur Néri a indiqué une série de manœuvres permettant de se rendre compte des attitudes et des mouvements chez le sciatalgique, et particulièrement de la manière suivant laquelle s'effectuent la flexion du tronc et la flexion de la tête. Le sujet étant debout, on l'engage à faire des mouvements indifférents, puis à fléchir le tronc en avant, les bras restant croisés sur la poitrine; dans la sciatique vraie, on constate une limitation considérable de la flexion du tronc sur les membres inférieurs avec flexion plus accusée du côté sain, et relâchement du membre malade avec élévation du talon. Si on fait ensuite coucher le malade, et si on examine la flexion active ou passive de la tête, on constate que cette flexion réveille souvent une vive douleur au

niveau du sciatique malade ; parfois, et surtout dans les cas de lésions radiculaires, cette manœuvre provoquerait une légère flexion de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse avec apparition de contractions cloniques parcellaires des muscles fessiers. Ces phénomènes qui sont une ébauche du signe de Brudzinsky, s'expliqueraient pour M. Vincento Néri par l'élévation de la moelle avec tiraillement des racines.

Nous terminerons cette revue des signes objectifs de sciatique médicale, en signalant seulement les modifications du liquide céphalo-rachidien. Elles sont surtout intéressantes dans les cas de lésions radiculaires ; on peut constater une hyperalbuminose notable avec lymphocytose. MM. Léri et Schœffer ont rapporté 24 cas, pour lesquels ils ont trouvé de 4 à 15 lymphocytes par champ d'immersion. MM. Nobécourt et Escalou ont rapporté des observations semblables. Dans les cas de radiculites spécifiques cette lymphocytose serait plus considérable (Lortat-Jacob). Enfin M. Sicard indique que l'hyperalbuminose peut se trouver, en dehors des lésions radiculaires, dans les sciatiques hautes du trou de conjugaison ou sciatiques funiculaires.

CHAPITRE III

Étude critique

Nous avons pu réunir 27 cas de sciatique médicale. Ils paraissent comporter les diverses variétés étiologiques, symptomatologiques, anatomiques de syndrome sciatique. Neuf cas se présentent avec des signes nets de sciatique radiculaire. Deux de ces malades sont atteints de radiculite spécifique lombosacrée, et leur sciatalgie ne constitue qu'une partie du tableau clinique. Mais la grande majorité des cas est composée de névralgies sciatiques vraies, tronculaires ou funiculaires, développées chez des sujets à antécédents rhumatismaux. C'est sur cet ensemble disparate que nous avons recherché les signes nouveaux, avec le souci d'apprécier leur valeur et de voir s'ils pouvaient apporter quelques précisions dans le diagnostic de ces variétés.

Tout d'abord, nous avons retrouvé les modifications du réflexe achilléen dans les proportions déjà signalées : sur ces 27 cas, il était aboli douze fois, faible trois fois. Le réflexe médioplantaire, dans nos

observations, comporte des modifications généralement parallèles à celle du réflexe achilléen. Il en va autrement du réflexe du tenseur du fascia lata, et des réflexes péronéo-tibiofémoraux postérieurs. La dissociation des réflexes achilléen et tenseur permet de penser à une lésion tronculaire (Bonola), tandis que l'abolition de ces deux réflexes est un bon signe de lésion radiculaire (Obs. XIV, III, XXI). L'abolition du réflexe achilléen s'accompagne chez quatre de nos malades du phénomène de la flexion du gros orteil (Obs. II, XIV, XXIV, XXV); deux de ces malades présentent d'autres signes de sciatique radiculaire. Ce phénomène pourrait donc s'expliquer non par une contraction idiomusculaire, mais par un fait d'inversion des réflexes.

Le réflexe rotulien présente des modifications caractéristiques. Il est généralement exagéré du côté de la névralgie sciatique, et souvent des deux côtés. Dans les cas de sciatique radiculaire au contraire il est faible (Obs. III et XVIII) ou aboli (Obs. XXVI). Il est aboli dans les deux cas de radiculite lombo-sacrée spécifique (Observation XV et XXVII). L'exagération du réflexe rotulien dans la sciatalgie nous paraît devoir s'expliquer non par une irritation de l'arc réflexe, mais par la parésie des muscles antagonistes. La diminution ou l'abolition s'expliquent par la lésion radiculaire.

L'irritation de l'arc réflexe — irritation de voisinage — est au contraire l'explication la plus plausible de l'exagération du réflexe abdominal (signe

de Pisani). Dans l'immense majorité des cas, nous avons retrouvé cette exagération du côté malade, qui constitue un bon signe objectif de sciatique. Mais nous avons rarement retrouvé l'abolition de ce réflexe du côté opposé (Obs. XXI et XXVI).

La contractilité idio-musculaire nous a paru exagérée dans la moitié des cas environ; en général cette constatation se fait au niveau des jumeaux. Mais nous avons eu un beau cas de clonus des fessiers (Obs. XVIII).

Nous avons personnellement remarqué, en recherchant systématiquement la contractilité idio-musculaire, que la percussion des masses musculaires produit parfois des phénomènes d'inversion, précisément dans les cas où cette contractilité n'est pas exagérée. C'est ainsi que la percussion des jumeaux peut produire non leur contraction globale (réflectivité neuro-musculaire) ou parcellaire (contraction idio-musculaire), mais provoquer des réactions à distance, principalement au niveau du biceps crural, du demi-tendineux, du demi-membraneux, du tenseur du fascia lata, du fléchisseur propre du gros orteil, du fléchisseur commun. Certaines de ces réactions peuvent exister normalement (biceps crural) surtout si on percute près du péroné; mais, percutant la masse musculaire elle-même ou le tendon, il s'agit d'un phénomène pathologique à rapprocher du phénomène de la flexion du gros orteil. Cela peut s'expliquer par une lésion radiculaire localisée abo-

lissant le réflexe cherché et propageant l'excitation aux centres voisins.

Parmi les troubles trophiques, la différence de température locale des deux membres inférieurs nous a paru très fréquente et constituer un bon signe. Elle a été signalée dans maints ouvrages classiques, et nous ne pouvons la considérer comme signe nouveau.

L'ascension talonnière (Sicard) existait chez la plus grande partie de nos malades : dans 18 cas très nettement. Toutefois, chez quelques-uns, sciatigiques anciens avec hypotonie et relâchement musculaire, il existait au contraire de l'abaissement du talon et de l'affaissement plantaire. Comme l'indique M. Sicard, il s'agit d'une attitude antalgique ; elle se retrouve dans les sciatiques récentes. Dans les sciatiques anciennes, il peut donc y avoir abaissement du talon.

La manœuvre, préconisée par M. le Professeur V. Néri pour la recherche de la limitation de la flexion du tronc, nous a donné d'excellents résultats ; nous l'avons trouvée positive dans 22 cas. La flexion de la tête provoque souvent de la douleur ; mais nous n'avons constaté une ébauche de Brudzinsky que dans des cas plus rares (Obs. XIII et XVIII).

Dans 16 cas, nous avons recherché les modifications du liquide céphalo-rachidien. Dans 9 de ces cas nous avons constaté de l'hyperalbuminose avec lymphocytose. Il n'y avait en général que 2 à 5 lym-

phocytes par champ d'immersion ; rarement un plus grand nombre (12 à 15, obs. XVII). Cette lymphocytose était considérable dans les cas de radiculites spécifiques (30 à 40, obs. XXVII). Le Wassermann, effectué dans ces 16 cas, n'a été positif que trois fois (radiculites XV et XXVII, sciatique radiculaire III).

Nous ne voulons pas prendre position dans la question de l'origine spécifique de la sciatique. Les observations, que nous apportons ici, montrent seulement la coïncidence de certains faits : lymphocytose Wassermann positif ou Wassermann négatif avec antécédents spécifiques, nombreux signes objectifs, lésions radiculaires d'une part. D'autre part, simple hyperalbuminose, antécédents rhumatismaux, signes objectifs restreints, dans les cas les plus généraux de névralgie sciatique.

Examen objectif d'un sciatalgique. — Pour mettre en œuvre les divers signes nouveaux, en vue d'un examen rapide d'un sujet suspect de simulation, nous avons adopté un plan méthodique. Après l'interrogatoire du malade, nous l'examinons dans la position couchée, et ne modifions le décubitus que pour la recherche des réflexes.

Inspection : troubles trophiques, atrophie musculaire, ascension talonnière, différence de température locale des deux membres.

Manœuvres : 1° Flexion simple de la jambe sur la cuisse, ne devant pas produire de douleur ; 2° Lasègue (qui n'est en somme qu'une manœuvre de Kernig à pathogénie différente) ; 3° Abduction (con-

tracture des adducteurs, coxalgie, signe de Verneuil);
4° Bonnet; 5° Flexion de la tête (Neri).

Exploration manuelle : Nerf (points de Valleix),
os (membres inférieurs et rachis), articulations, vais-
seaux, muscles.

Troubles de la sensibilité objective : anesthésie,
hyperesthésie à la piqure; distribution périphérique
ou radiculaire.

Recherche des réflexes : tendineux (achilléen,
médioplaire, péronéo-tibiofémoraux postérieurs;
rotuliens) cutanés (cutané plantaire : tenseur du fascia
lata, crémasterien; abdominal : signe de Pisani).
Contractilité idio-musculaire.

Faire lever le malade, attitude, scoliose, démar-
che; terminer par la manœuvre de Neri (limitation
de la flexion du tronc). Dans un hôpital, l'examen
électrique, la ponction lombaire, la prise de sang
complèteront cet examen objectif.

CHAPITRE IV

Observations (1)

I

V... Thérèse, vingt-deux ans. Sciatique radiculaire gauche, datant de deux mois ; début lent, sans lumbago. Rien dans les antécédents. Lasègue. Atrophie musculaire minime. Hyperesthésie : face antéro-interne de la cuisse, externe de la jambe (L. 3-S. 1). Réflexes rotuliens forts ; abdominal plus fort à gauche qu'à droite ; les autres réflexes sont normaux. Pas d'exagération de la contractilité idiomusculaire. Manœuvre de Neri positive. Légère ascension talonnière. Différence notable de température des deux membres. Marche en porteur d'eau. Signe de l'éternuement. Liquide céphalo-rachidien : albumineuse 0,30, lymphocytes 2 à 5 par champ. Wassermann négatif.

1. Observations personnelles prises dans le service de M. le professeur Chantemesse, et à la clinique de la Salpêtrière avec l'autorisation bienveillante de M. le professeur P. Marie.

II

T... Jules, trente ans. Névralgie sciatique droite, datant de cinq mois. Lasègue. Peu d'atrophie musculaire. Réactions électriques normales. Pas de troubles de la sensibilité objective. Réflexes : achilléen, médioplantaire, abolis à droite : tenseur, faible ; rotulien, normal ; abdominal, exagéré à droite. Signe de Boveri. Pas d'exagération de la contractilité idiomusculaire. Neri positif. Ascension talonnière peu accusée. Liquide céphalo-rachidien normal. Wassermann positif.

III

M... Louis, quarante-trois ans. Sciatique radiculaire gauche, datant de huit mois. Lasègue. Neri positifs. Douleur à la toux. Atrophie notable. Diminution de la force musculaire à gauche. Leucoplasie buccale ; impuissance génitale, rétention des sphincters. Anesthésie à topographie radiculaire. Hypoexcitabilité faradique. Réflexes : achilléen, médioplantaire, tenseur, abolis à gauche ; rotulien faible ; crémasterien, abdominal, normaux. Ascension talonnière. Liquide céphalo-rachidien : hyperalbuminose, lymphocytose (2,5 Na-geotte). Wassermann positif.

IV

G... Pierre, vingt-huit ans. Névralgie sciatique droite, datant de huit mois. Lasègue. Atrophie notable. Réactions électriques normales. Hypoesthésie, territoire sciatique. Différence des températures locales. Neri. Ascension talonnière. Pas d'exagération de la contractilité idiomusculaire. Réflexes : achilléen, faible à droite ; rotulien, abdominal, plus forts à droite. Liquide céphalo-rachidien normal. Wassermann négatif.

V

B... Albert, trente et un ans. Névralgie sciatique droite, datant de quatre mois. Atrophie notable. Différence des températures locales. Réflexes : rotulien, crémastérien, abdominal, forts ; les autres normaux. Contractilité idiomusculaire des jumeaux exagérée. Neri. Ascension talonnière. Hypoesthésie dans le territoire du nerf honteux interne, et le réflexe anal paraît aboli.

VI

P... Jean-Marie, quarante et un ans. Névralgie sciatique gauche, datant de cinq mois. Hypoesthésie, territoire scia-

tique. Réflexes normaux. Ascension talonnière. Neri
Ébauche de Brudzinsky.

VII

P... Jean, vingt-neuf ans. Névralgie sciatique droite, datant de deux mois. Réflexes : rotulien fort, abdominal exagéré à droite ; les autres, normaux. Exagération de la contractilité idiomusculaire. Hypoesthésie, domaine sciatique. Neri. Ascension talonnière.

VIII

G... Eugène, trente-trois ans. Névralgie sciatique gauche, datant d'un an. Atrophie : 5 centimètres cuisse, 4 centimètres jambe. Réactions électriques normales. Réflexes : achilléen, médioplaire, faibles à gauche ; rotulien, abdominal, plus forts à gauche. Pas d'exagération de la contractilité idiomusculaire. Neri. Abaissement du talon et affaissement plantaire (hypotonie). Liquide céphalo-rachidien normal. Wassermann négatif.

IX

C... Édouard, trente-huit ans. Névralgie sciatique gauche, datant d'un mois. Réactions électriques normales. Aucun

signe objectif net. Liquide céphalo-rachidien normal. Wassermann négatif.

X

G... Henri, quarante-cinq ans. Névralgie sciatique droite, datant de quatre mois. Peu d'atrophie. Hypoesthésie. Réflexes achilléen, médioplaire, faibles ; tenseur normal ; rotulien, crémastérien, abdominal plus forts à droite. Neri. Ascension talonnière. Liquide céphalo-rachidien normal. Wassermann négatif.

XI

R... Eugène, quarante-six ans. Névralgie sciatique droite datant de trois mois. Antécédents spécifiques. Acrobate. Pas d'atrophie. Pas de troubles de la sensibilité objective. Réflexes achilléen, médioplaire, abolis à droite ; rotulien faible ; les autres normaux. Neri. Ascension talonnière légère. Liquide céphalo-rachidien normal. Wassermann négatif.

XII

T... Gaston, trente ans. Névralgie sciatique gauche ; plaie de guerre de la cuisse droite, bronchite. Aucun signe objec-

tif; sinon que le réflexe abdominal est plus fort à gauche, et hyperesthésie du territoire sciatique.

XIII

M... Marie, soixante-cinq ans. Névralgie sciatique gauche, datant de trois semaines. Antécédents : rhumatismes articulaires, lumbago; maladie mitrale. Réflexes. rotulien abdominal, plus forts à gauche; les autres, normaux. Neri; ébauche de Brudzinsky. Hyperesthésie, territoire sciatique. Liquide céphalo-rachidien, albumineuse 0,30, lymphocytes 5.

XIV

R... Berthe, vingt-sept ans. Sciatique radiculaire droite, datant de trois mois; début par lumbago. Hyperesthésie à topographie radiculaire (L 4, S 1). Marche : flexion du côté malade. Réflexes achilléen, médioplantaire, tenseur abolis; les autres normaux. Signe de Boveri. La contractilité idiomusculaire est exagérée. Ascension talonnière.

XV

C... Étienne, trente-six ans. Radiculite lombo-sacrée avec algie du sciatique gauche, datant de cinq mois. Les divers

réflexes sont abolis à gauche, faibles à droite ; le réflexe abdominal est conservé. Neri positif. Différence de température des deux membres. Hypoesthésie à topographie radiculaire. Liquide céphalo-rachidien, hyperalbuminose et lymphocytose considérable. Wassermann positif.

XVI

R... Paul, trente-six ans. Névralgie sciatique et lombaire droite, datant de plusieurs années (exagération très probable). Réflexes normaux ; toutefois réflexes crémastérien et abdominal plus faibles à droite. Hypoesthésie, domaine du crural droit. Contractilité idiomusculaire des jumeaux. Neri peu net. Pas d'ascension talonnière.

XVII

B... Justine, trente-huit ans. Sciatique radiculaire gauche datant de cinq mois ; début par lumbago. Atrophie musculaire marquée. Marche en porteur d'eau. Neri peu net. Ascension talonnière à gauche. Signe de l'éternuement. Hyperesthésie (LIV, S 1). Réflexes achilléen, médioplaire abolis à gauche ; rotulien, fort des deux côtés ; abdominal, plus fort à gauche. Contractilité idiomusculaire exagérée. Liquide céphalo-rachidien, albuminose 0,35, lymphocytose 12 à 15 par champ. Wassermann négatif.

XVIII

S..., Jegor, trente-cinq ans. Sciatique radiculaire droite, datant d'un mois. Subexcitabilité faradique des jumeaux. Bandes d'anesthésie dans le territoire du sciatique. Vertiges, céphalée, douleurs osseuses. Les pupilles réagissent. Vertige voltaïque : inclinaison, avec 16 m. A va en arrière quelle que soit la position des tampons ; rotation, rien de net (Dubois). Réflexes : achilléen, médioplantaire, abolis à droite ; rotulien, faible à droite, normal à gauche ; crémastérien, abdominal, forts. Contractilité idiomusculaire exagérée, clonus des fessiers. Ascension talonnière. Marche en porteur d'eau. Neri très net ; ébauche de Brudzinsky. Liquide céphalo-rachidien, albumineuse 0,50, lymphocytose (1,2 Nageotte). Wassermann négatif.

XIX

G..., Pierre, cinquante ans. Névralgie sciatique gauche, datant de dix mois ; début par lumbago. Réflexes : rotulien, abdominal, crémastérien, forts ; les autres normaux. Neri. Hypoesthésie, domaine sciatique. Différence des températures locales des deux membres inférieurs.

XX

D... Lucien, vingt-quatre ans. Névralgie sciatique gauche, datant de cinq mois. Réflexes : achilléen, médioplaire, abolis à gauche ; les autres, normaux. Hypoesthésie, territoire du sciatique. Différence des températures locales.

XXI

L... Alphonse, trente-quatre ans. Sciatique radicaire gauche, datant de deux mois ; début par lumbago. Atrophie minime. Différence des températures locales. Bandes d'hyperesthésie. Douleur à la toux, et à la défécation. Marche en porteur d'eau. Neri peu net. Ascension talonnière. Réflexes : achilléen, médioplaire, tenseur, abolis à gauche ; rotuliens, forts ; crémastériens, normaux ; abdominal fort à gauche, aboli à droite. Exagération de la contractilité idiomusculaire.

XXII

B... Victor, quarante-deux ans. Névralgie sciatique gauche, datant d'un an (exagération probable). Aucun signe objectif.

XXIII

F... Raymond, trente-quatre ans. Névralgie sciatique droite, datant de cinq mois. Atrophie notable. Scoliose croisée très prononcée. Marche en porteur d'eau. Réflexes rotuliens, forts; abdominal, plus fort à droite; les autres, normaux. Contractilité exagérée. Neri. Ascension talonnière. Liquide céphalo-rachidien hyperalbuminose, lymphocytose légère. Wassermann négatif.

XXIV

D... Sarah, trente-deux ans. Névralgie sciatique gauche, datant d'un mois. Antécédents rhumatismaux; à vingt-trois ans, sciatique avec rhumatisme cervical. Hypoesthésie, domaine sciatique. Marche en porteur d'eau. Abaissement notable du pli fessier gauche. Ascension talonnière. Neri: douleur à la flexion de la tête. Réflexes: achilléen, médio-plantaire, abolis à gauche, avec signe de Boveri; rotulien, abdominal, plus fort à gauche. Hyperalbuminose céphalo-rachidienne. Wassermann négatif.

XXV

A... Julie, trente-neuf ans. Névralgie sciatique droite, datant de trois mois. Hypoesthésie, domaine du sciatique.

Neri. Ascension talonnière. Réflexe achilléen aboli à droite, avec phénomène de l'orteil. Liquide céphalo-rachidien hyperalbuminose. Wassermann négatif.

XXVI

V... Lazare, trente-quatre ans. Sciatique radiculaire droite, datant de deux ans; début par lumbago. Antécédents spécifiques; cependant le Wassermann est négatif. Liquide céphalo-rachidien hyperalbuminose et lymphocytose légère. Marche en porteur d'eau. Légère atrophie; force musculaire intacte. Anesthésie: face antéro-interne de la cuisse et de la jambe droite (L^3 , L^4), anesthésie des régions abdominale et lombaire gauche; hémi-anesthésie du gland et du fourreau à droite. Impuissance génitale. Le malade déclare qu'il souffre de douleurs spontanées dans toute la région où il sent la piqure (domaine du sciatique). Signalons: anesthésie pharyngée, insensibilité de la cornée. Réflexes achilléen, médio plantaire, rotulien, crémasterien, abolis à droite, normaux à gauche. Neri. Ascension talonnière.

XXVII

R... Jules, quarante-sept ans. Radiculite lombosacrée, avec algie du sciatique droit, datant de quatre mois. Antécédents spécifiques: chancre et accidents secondaires à qua-

rante ans ; lumbago en 1915, nouveau lumbago en 1916 ayant précédé la névralgie sciatique. Atrophie musculaire marquée légère diminution de la force musculaire à droite. Marche sur les talons, incliné du côté malade. Scoliose homologue. Hypoesthésie : L³, L⁴ ; hyperesthésie dans la région abdominale droite, et dans le domaine du plexus sacré ; sensibilité normale de la région anopérinéoscrotale. Réflexes : achilléen, médio-plantaire normaux ; rotulien fort à gauche, aboli à droite ; abdominal, faible à gauche, exagéré à droite. Contractilité idiomusculaire exagérée. Ascension talonnière. Réflexes lumineux et à l'accommodation, normaux. Liquide céphalo-rachidien : hyperalbuminose et lymphocytose considérable (30 à 40 par champ). Wassermann partiellement positif dans le sang, positif dans le liquide céphalo-rachidien.

CONCLUSIONS

A côté des signes classiques, trop subjectifs, des sciaticques médicales, il convient de ranger un certain nombre de signes nouveaux. Ces signes objectifs peuvent présenter un grand intérêt pour le diagnostic en hauteur des lésions du sciatique ; mais ils permettent surtout d'écarter l'hypothèse d'une simulation. Nos observations personnelles nous ont permis de reconnaître la valeur particulière des signes suivants :

1° Altération du réflexe achilléen (Babinski) que nous avons trouvé aboli dans la moitié des cas environ ;

2° Modifications des autres réflexes du membre inférieur (médio-plantaire ; tenseur du fascia lata, etc., etc.) ;

3° Dissociation de ces réactions et de celle du réflexe achilléen, dissociation intéressante pour le diagnostic de lésion radiculaire ;

4° Signe de la flexion du gros orteil ;

5° Phénomènes traduisant l'irritation de voisinage du plexus lombaire : modifications des réflexes rotu-

lien, crémasterien, et surtout du réflexe abdominal (signe de Pisani) ;

6° Inversion des réflexes, indiquant une lésion radiculaire localisée ;

7° Exagération fréquente de la contractilité idiomusculaire ;

8° Signe de l'ascension talonnière (Sicard) ;

9° Limitation de la flexion du tronc, par la manœuvre de Neri ;

10° Hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien.

Vu: le Président de la thèse :

CHANTEMESSE

Vu : pour le Doyen
l'Assesseur

POUCHET

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Accornero.* — Observations sur le réflexe achilléen dans la sciatique (Revue neurologique, 1914-1915).
- Barré.* — Signes objectifs des sciatiques vraies (Revue neurologique, 1916).
- Berthéol.* — Contribution à l'étude de la sciatique radiculaire. Thèse de Paris, 1906.
- Bonola.* — Les Réflexes du tendon d'Achille et du tenseur du fascia lata dans la sciatique (Revue neurologique 1912).
- Boveri.* — Sur un réflexe particulier et pathologique du gros orteil (Société de Neurologie, mai 1916).
- Camus* (P.). — Étude de neuropathologie sur les radiculites. Thèse de Paris, 1908.
- Camus* et *Sézary.* — Radiculites (Presse médicale, août 1907).
- Déjerine.* — Sémiologie du système nerveux, 1914.
— Sciatique radiculaire dissociée (Journal de Médecine et Chirurgie pratique, 1912).
- Déjerine* et *Quercy.* — Sciatique radiculaire dissociée (Revue neurologique, 1913).
- Déjerine* et *Regnard.* — Sciatique radiculaire avec paralysie dissociée (Revue Neurologique, 1912).
- Dobrokhotoŭ.* — Sciatique radiculaire ; contribution à l'étude de la sensibilité radiculaire (Revue de Médecine, 1914).
- Guillain* et *Barré.* — Réflexe cutané plantaire (Société médicale des Hôpitaux, février 1916).

- Réflexe médio-plantaire (Société médicale des Hôpitaux, avril 1916).
- Dissociation clinique des modifications des réflexes achilléen et médio-plantaire (Société médicale des Hôpitaux, mai 1916).
- Réflexes tibio-fémoral postérieur (Société médicale des Hôpitaux, février 1917).

Guillain et Fabre. — Réflexe péronéofémoral postérieur (Société médicale des Hôpitaux, février 1917).

Jeanselme et Sèzary. — Radiculite lombaire (Revue neurologique, 1907).

Lafforgue. — Sciatique radiculaire (Presse médicale, 1909).

Léri et Schaffer. — Sciatique et lymphocytose céphalo-rachidienne (Société médicale des Hôpitaux, mai 1916).

Lortat, Jacob et Sabaréanu. — Sciatique radiculaire unilatérale (Presse médicale, 1904).

- Les Sciatiques radiculaires (Revue de Médecine, 1905).

- Syphilis et sciatique (Presse médicale, 1910).

Lortat, Jacob, Sèzary et Ferrand. — Névralgies sciatiques télétrosiques (Revue de Médecine, 1915).

Long. — Sciatique radiculaire (Revue neurologique, 1916).

Nannini (Giulio). — Contribution au traitement de la sciatique (Riforma medica, 1914).

Neri (Vincenzo). — La flexion du tronc et de la tête dans la sciatique (Riforma medica, 1916. Policlinico, 1916).

Nobécourt, Escalou et Peyre. — Névralgie sciatique et rhumatisme cervical (Société médicale des Hôpitaux, avril 1916).

Pisani. — Le Réflexe abdominal dans la Sciatique (Rivista critica di clinica medicina, 1916).

Polonoewski. — Contribution à l'étude de la sciatique radiculaire. Thèse de Paris, 1914.

Roussellier. — Les Troubles de la sensibilité dans la radiculite sciatique syphilitique. Thèse de Paris, 1907.

Rummo. — Sciatique avec amyotrophie (*Riforma, medica*, 1900).

Sézary. — Voir : Camus, Lortat-Jacob et Sézary.

Sicard. — Signe de l'ascension talonnière (*Société médicale des Hôpitaux*, novembre 1915).

Sicard et Cantaloube. — Les Réflexes neuromusculaires du pied et de la main (*Société médicale des hôpitaux* janvier 1916).

Sobrinho. — Contribution à l'étude du réflexe achilléen (*Revue neurologique*, 1916).

Souques et Rathaus. — Synesthésalgie (*Revue neurologique*, 1916).

Tinel et Gastinel. — Sciatique radiculaire (*Revue neurologique*, 1911).

Villaret et Faure-Beaulieu. — Contribution à l'étude de la sémiologie réflexe des affections du nerf sciatique (*Société médicale des Hôpitaux*, avril 1916).

